

Calidad del servicio y satisfacción del usuario del Programa de crecimiento y desarrollo del niño en un Centro de Salud Estatal de la Provincia de Trujillo

Ana Aguilar Reyes^{1,a}

¹ Escuela de Enfermería, Universidad César Vallejo de Trujillo

^a Estudiante de Pregrado

*Correspondencia: Ana Aguilar Reyes
Correo electrónico: karla_c23s@hotmail.com*

RESUMEN

El propósito de la presente investigación ha sido el de determinar si existe relación entre la calidad del servicio proporcionado por el cuidado de enfermería y la satisfacción de las madres usuarias del Programa de crecimiento y desarrollo del niño (CRED) en un Centro de Salud del Estado. El estudio ha tenido un enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo-correlacional, con diseño no experimental, transeccional. La muestra del estudio incluyó un total de 51 madres que participaron en el Programa, utilizándose para la recolección de datos un cuestionario auto administrado, dividido en dos partes, para medir el estado de las variables involucradas. Los resultados indican que existe una relación directa (0.502) y significativa (0.000) entre las variables estudiadas.

Palabras clave: calidad del servicio, satisfacción del usuario, cuidado de enfermería, Programa de crecimiento y desarrollo del niño.

Quality of service and user satisfaction of the Child Growth and Development Program in a State Health Center of the Province of Trujillo.

ABSTRACT

The purpose of this research has been to determine if there is a relationship between the quality of the service provided by nursing care and the satisfaction of the mothers who use the Child Growth and Development Program (CRED) in a State Health Center . The study has had a quantitative approach, of descriptive-correlational scope, with non-experimental, transeccional design. The study sample included a total of 51 mothers who participated in the Program, using a self-administered questionnaire, divided into two parts, to measure the state of the variables involved. The results indicate that there is a direct (0.502) and significant (0.000) relationship between the variables studied.

Keywords: *quality of service, user satisfaction, nursing care, child growth and development program.*

INTRODUCCIÓN

La salud materno-infantil sigue siendo uno de los aspectos más preocupantes del país en el siglo que está corriendo, puesto que aún se perpetúan las desigualdades sociales y de salud¹. En este sentido, un estudio de UNICEF² sostiene que, en el caso del Perú, las diferencias en la supervivencia y las perspectivas de salud de los niños de distintos entornos no son sino el reflejo de una serie de situaciones de desventaja social que se encuentran ligadas tanto al nivel de ingresos como también al origen étnico, al nivel educativo y a la diferencia entre las zonas rurales y urbanas, entre otros factores.

En relación a la salud infantil en general, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016 del INEI³ ha detectado que si bien ha mejorado en la última década, persisten todavía una serie de problemas como la diarrea infantil, el mejoramiento de la cobertura de vacunación y la superación de la morbilidad infantil en niñas y niños cuyas madres tienen menor nivel educativo, baja capacidad económica, residen en el área rural o en regiones de la sierra y selva del Perú. Por su parte, una revisión ultrarrápida efectuada por el Instituto Nacional de Salud⁴, acerca del control de crecimiento y desarrollo de los niños menores de 12 años en la región, arrojó ciertas conclusiones como las siguientes: (a) La frecuencia de controles varía entre los países de la región, ya que en algunos la rutina de atención va desde el nacimiento hasta los 11 años de edad y, en otros, hasta los 19 o 21 años; (b) Las actividades de control del niño incluían diversos aspectos, dependiendo de la edad del niño, tales como medición del peso y la talla, evaluación del desarrollo psicomotor, consejería y evaluación nutricional, tamizaje de agudeza visual, fluorización, promoción de la salud bucal, test de salud mental, prevención de accidentes, evaluaciones auditivas, medición de la presión arterial, inmunizaciones, despistaje de anemia, dislipidemias, detección temprana de autismo y de cáncer infantil; y, c) Era necesaria la implementación en el país de Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia, que respalden la Norma Técnica de Salud para el crecimiento y desarrollo en el menor de 5 años.

En el caso del Perú, el Ministerio de Salud⁵ instauró el Programa de control del crecimiento y desarrollo del niño/a menor de 5 años (CRED), el mismo que debía realizarse en establecimientos de salud pública e instituciones privadas, teniendo en cuenta la denominada “Norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años”. En virtud de esta norma, el Estado se comprometía a asegurar que todos los niños y niñas, sin distinción alguna, tengan condiciones que les permita el desarrollo de sus potencialidades y capacidades.

Sin embargo, al parecer, los resultados del programa no han sido tan alentadores. Un estudio sobre los factores asociados al cumplimiento del CRED en establecimientos de salud de Amazonas, Loreto y Pasco, de González-Achuy, Huamán-Espino, Aparco, Pillaca y Gutiérrez⁶ evidencia, a modo de ejemplo, que la cobertura de la atención CRED en los servicios de salud (en el período enero-diciembre 2013) es adecuada en solo 42,3% a nivel nacional en niños entre uno y once meses de edad. Los autores en mención sostienen que, según los resultados del estudio, existen diversos factores que tienen que ver con la oferta y demanda de servicios de salud asociados, tanto positiva como negativamente al cumplimiento del Programa CRED, los cuales son diferentes en los tres departamentos estudiados. En todo caso, consideran que el problema principal detectado en el estudio no

era la dificultad en el acceso al servicio, sino que el niño no fuera atendido, siendo el motivo más frecuente que el personal estaba ocupado en atenciones en emergencia, por capacitaciones del personal o por una huelga suscitada.

La norma técnica, antes citada, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 537-2017/MINSA, establece como finalidad de la misma contribuir a mejorar la salud, nutrición y desarrollo infantil temprano de las niñas y niños menores de cinco años⁵. El proceso de control del crecimiento y desarrollo, según la norma, incluye una serie de etapas: valoración, diagnóstico, intervención y seguimiento. La valoración tiene que ver con la recopilación, organización, validación y registro de datos; el diagnóstico, con el análisis de los datos recolectados que permitan identificar problemas reales y/o potenciales; la intervención, con actividades y/o acciones a seguir; y, el seguimiento, con el contacto que se realiza con el niño y la niña.

Por su parte, la calidad de la atención es un problema complejo cuya evaluación se puede realizar mediante la medición del nivel de satisfacción de los usuarios como indicador de impacto de la calidad de la asistencia recibida. Si este indicador sufre cambios significativos con el tiempo, es posible asumir que la institución está brindando una atención de buena calidad. Si el resultado del estudio es adverso para la calidad, el indicador permitirá identificar los vacíos en las áreas de evaluación y tomar medidas para su corrección.

Debe tenerse en cuenta que el personal de enfermería enfoca sus acciones en el cuidado de la persona, satisfaciendo las demandas y necesidades de salud dentro de una concepción holística del hombre y la mujer. El cuidado de enfermería, eje central, adquiere un rol importante en especial cuando se brinda el cuidado a niños sanos o enfermos y a sus familias que, funcionando como una unidad de interacciones y dependencia mutua, adquieren la autoridad de evaluar la calidad de atención recibida, experimentando distintos niveles de satisfacción cuando a sus hijos se les proporcionan cuidados.

Es por esto mismo que el enfoque del presente trabajo se basa en la calidad de la prestación de los servicios de salud, siendo esto una preocupación central en la gestión de los Servicios de Enfermería no sólo por la aspiración a la mejora de las capacidades institucionales, sino, también por el hecho de que en el eje de todos los procesos se encuentra la vida de las personas, cuya salud debe ser promovida y protegida como obligación insoslayable del Estado.

Luego de haberse revisado algunos antecedentes en la literatura especializada en materia de salud, se han encontrado algunos estudios relacionados con el tema de investigación. Así, Flores-Peña, Ortiz-Félix y Cárdenas-Villarreal⁷, llevaron a cabo un estudio en una Unidad de Medicina Familiar de México cuyo objetivo fue analizar el cuidado del personal de enfermería del niño sano a fin de distinguir si el cuidado se centraba en los procedimientos o en el usuario. El estudio de naturaleza cualitativa supuso una observación sistemática directa a 87 consultas de cuidado de enfermería del niño sano (CNS) proporcionadas por la enfermera materno infantil y entrevista semi-estructurada a 25 madres que acudieron con su hijo a la consulta. Se encontró que la actividad se centraba en los procedimientos, lo que no podía ser considerado cuidado de enfermería del niño sano, puesto que

las madres valoraban más la atención integral y solicitaban información del crecimiento y desarrollo de su hijo.

Santana de Freitas, Bauer de Camargo, Minamisava, Queiroz y Gomes de Sousa⁸, llevaron a cabo un trabajo de investigación en un Hospital de enseñanza de la región Centro-Oeste de Brasil, con el propósito de evaluar la calidad de los cuidados de enfermería, la satisfacción del paciente y la correlación entre ambos. El estudio de diseño transversal utilizó como muestra un total de 275 pacientes internados en el hospital, a quienes se les aplicó simultáneamente tres instrumentos de recolección de datos, cuyos resultados demostraron que, entre los cuidados de enfermería analizados, dos fueron considerados seguros (higiene y confort) y el resto pobres; sin embargo, como los pacientes se mostraron satisfechos, la correlación fue de débil a moderada.

Guinea⁹, efectuó un trabajo de investigación cuyo objetivo fue determinar la percepción de los padres sobre la atención humanizada de Enfermería en el servicio CRED en el Centro de Salud de Mirones (Lima). El estudio de tipo cuantitativo y diseño descriptivo transversal, que utilizó una muestra de 30 padres, arrojó como conclusiones las siguientes: el mayor porcentajes de padres expresaban una percepción medianamente favorable a la atención que la enfermera brinda en términos de trato amable, cordial y de respeto; un menor porcentaje favorable en términos de saludo al ingresar, sonrisa al niño y protección de caídas; y, un mínimo porcentaje en términos desfavorables.

Guevara¹⁰, realizó una investigación cuyo objetivo fue determinar la percepción de las madres acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el consultorio de CRED. El estudio de tipo cuantitativo y de diseño descriptivo transversal utilizó una muestra de 150 madres, siendo sus resultados los siguientes: el 50% de madres percibe la atención de enfermería como medianamente favorable, el 31% como favorable y el 24% como desfavorable.

REVISIÓN TEÓRICA

La *calidad del servicio* y la *satisfacción del usuario* son dos constructos cuyos límites conceptuales y metodológicos son difusos, particularmente cuando se apela a la *teoría de la desconfirmación* de las expectativas, es decir, cuando la satisfacción del usuario se determina como resultado de la diferencia entre lo que el paciente esperaba que ocurriera y su percepción de la experiencia de servicio en concreto¹¹.

En este sentido, para González y Brea¹² no resulta sorprendente que ambos constructos estén altamente correlacionados; por lo que, según ellos, la mayoría de autores han sugerido que si bien son distintos, están relacionados. Sin embargo, estos autores señalan que todavía se puede constatar la existencia de un debate, relativo a la dirección de la relación entre ambos conceptos, es decir, no está claro si la calidad del servicio es un antecedente o un consecuente de la satisfacción.

En todo caso, la calidad del cuidado o atención del profesional de enfermería y la satisfacción del usuario son dos variables que tienen una estrecha relación, tal y como se evidencia con el hecho de que, en los últimos años, la mayoría de las instituciones de salud se vienen preocupando por conocer el nivel de calidad de los

servicios que prestan a fin de garantizar la satisfacción de los usuarios ¹³. Si bien es cierto que el concepto de calidad se origina en el sector de la industria, su estudio y aplicación se ha extendido al total de organizaciones; incluso las que solo prestan servicios, como es el caso de las instituciones de salud.

En términos generales, el concepto “calidad” puede ser entendido de diversas maneras, según el contexto en que se formula. Lovelock¹⁴ considera cinco enfoques al respecto: (a) El trascendental: como sinónimo de excelencia innata, sello de estándares inflexibles y logro elevado (propio de las artes visuales); (b) Basado en el producto: la calidad como variable precisa y mensurable, en la que las diferencias de calidad reflejan diferencias en la cantidad de algún atributo del producto; (c) Basado en el usuario: empieza con la premisa de que la calidad se encuentra en los ojos del espectador, con diferentes deseos y necesidades; (d) Basado en la fabricación: enfocado en la oferta y preocupado primordialmente por las prácticas de ingeniería y fabricación (en los servicios, la calidad estaría impulsada por las operaciones); y, (e) Basado en el valor: define la calidad en términos del valor y el precio.

Por su parte, el concepto “servicio” es definido por Duque¹⁵ como el trabajo, la actividad y/o los beneficios que producen satisfacción a un consumidor. Este mismo autor considera que, dada esta diferenciación de enfoques, quizás fueron Lewis y Booms (1983) los primeros en plantear el concepto de calidad del servicio como el ajuste del servicio entregado a los consumidores con sus expectativas.

En este contexto y teniendo en cuenta el tema de la presente investigación, Moreno¹⁶ considera que la calidad de atención de enfermería puede definirse como la consecución del conjunto de características y acciones que posibilitan la restauración en cada paciente, del nivel de salud que nos es dado remitirle. Para Pozos y Jasso¹⁷, la calidad en la atención de enfermería es un concepto que comprende a la asistencia acorde con el avance de la ciencia, con el fin de implementar cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes y asegurar su continuidad.

Por su parte, Ramírez, Perdomo y Galán¹⁸ consideran que la calidad del cuidado de enfermería es el resultado que se logra a través de la administración de la satisfacción de las necesidades reales y sentidas de los usuarios, sean éstos la persona, familia o comunidad, en donde interviene el profesional de salud. En este sentido, las autoras sostienen que la calidad del cuidado de enfermería debe ser una de las preocupaciones fundamentales del profesional de enfermería con la finalidad de lograr del mejoramiento del servicio brindado.

Por otro lado, Barragán, Pedraza y Rincón¹⁹ consideran que el cuidado de enfermería comprende diversos aspectos de atención hospitalaria e involucra ciertos factores determinantes de naturaleza subjetiva tales como la cordialidad, empatía y credibilidad, los mismos que influyen en el bienestar y satisfacción de las necesidades del usuario. Sin embargo, Borré y Veda²⁰ advierten que para que el cuidado sea legítimo, íntegro, oportuno, continuo y efectivo, debe brindarse en las mejores condiciones, con los elementos disponibles.

Lenis-Victoriay Manrique-Abril²¹, a su turno, sostienen que brindar calidad para enfermería es un

proceso cuyo objetivo va encaminado a alcanzar un alto nivel de excelencia en la prestación del cuidado y la satisfacción de los usuarios. En este sentido, autores como Barragán y Moreno²² consideran que una función principal del profesional de enfermería en los hospitales es atender de inmediato las diversas necesidades del usuario, las cuales incluyen aspectos de tipo logístico, administrativo, interrogativos, etc.

En lo que se refiere a la medición de la calidad del servicio en general, existe una diversidad de modelos de evaluación de la calidad, tal y como informan Torres y Vásquez²³ en un estudio realizado al respecto: el modelo de calidad de la atención médica de Avedis Donabedian (1966), el modelo de calidad del servicio de Grönroos (1984), el modelo de evaluación de la calidad del servicio *Service Quality* (SERVQUAL) de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988), el modelo *Service Performance* (SERVPERF) de Cronin y Taylor (1992), el modelo jerárquico multidimensional de Brady y Cronin (2001), el modelo de calidad del servicio para bibliotecas (LibQUAL) de Cook, Heath y Thompson (2001) y el modelo ES-QUAL sobre calidad del servicio entregado por sitios Web de Parasuraman, Zeithaml y Malhotra (2005).

Si bien es cierto que los planteamientos teóricos sobre la calidad en general aceptan tres enfoques (basados en el producto, en el proceso y en el consumidor); en el caso de la prestación del servicio en salud, el enfoque basado en el paciente es fundamental puesto que es él quien mejor juzga la atención recibida por la experiencia vivida²⁴. En este sentido, el modelo que se ha ido imponiendo en el sector sanitario es el SERVQUAL de Parasuraman, Zeithaml y Berry^{25, 26, 27}, el mismo que consta de 5 dimensiones: tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía.

La *tangibilidad* está referida a los elementos físicos de la calidad, tales como instalaciones físicas, equipo, personal, materiales, limpieza, apariencia del personal; la *fiabilidad*, a la capacidad para prestar el servicio tal y como fue prometido; la *capacidad de respuesta*, al deseo del operador del servicio de actuar con prontitud y esmero; la *seguridad*, al conocimiento del operador del servicio y su habilidad de inspirar confianza; y, la *empatía*, a la atención personalizada al usuario y comprender sus necesidades.

En el campo de la calidad de la atención en salud, el modelo SERVQUAL ha sido adaptado a diferentes niveles de atención. Así, por ejemplo, a nivel hospitalario, en el proyecto de un hospital colombiano, las dimensiones y atributos de calidad fueron definidos de la manera como se aprecia en la tabla 1.

Tabla 1

Dimensiones y atributos de la calidad del servicio de salud en hospital colombiano

Dimensión	Definición operacional	Atributos
Elementos tangibles	Apariencia de los elementos físicos y personas que intervienen o se utilizan en la prestación de la atención en salud.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estado físico de instalaciones 2. Limpieza de las instalaciones y elementos físicos 3. Presentación personal de empleados 4. Atractivo de los materiales de comunicación 5. Comodidad de camas y silletería
Fiabilidad	Desempeño confiable y preciso. Habilidad para prestar el servicio en forma acertada cuidadosa y como se anuncia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cumplimiento en la prestación de los servicios programados 2. Oportunidad de la atención de urgencias 3. Continuidad y orden lógico en la atención 4. Interés en la resolución de problemas de los usuarios 5. Cuidado en el registro de información de los usuarios

Capacidad de respuesta	Prontitud y espíritu servicial. Disposición y voluntad para ayudar a los usuarios y proporcionar un servicio rápido.	1. Sencillez de los trámites para la atención 2. Oportunidad en la atención de citas médicas 3. Disposición para atender preguntas 4. Agilidad del trabajo para atención más pronta 5. Cooperación entre funcionarios 6. Oportunidad en la respuesta a quejas y reclamos
Seguridad	Conocimiento y atención mostrados por el personal de salud y otros funcionarios. Habilidad para inspirar credibilidad y confianza. Competencia profesional, credibilidad y garantía.	1. Confianza transmitida por empleados 2. Efectividad en la solución de necesidades 3. Recibimiento de los medicamentos adecuados 4. Ubicación apropiada del usuario para reducir riesgos y complicaciones 5. Idoneidad del personal de salud 6. Conocimiento de los empleados para responder preguntas de usuarios 7. Cumplimiento de medidas de seguridad

Fuente: Tomado de la referencia 27

Por su parte, para un estudio de la calidad de los servicios de salud en un hospital en México²⁸, se utilizaron las dimensiones y atributos que se describen en la tabla 2.

Tabla 2

Dimensiones y atributos de la calidad del servicio de salud en hospital mexicano

Dimensión	Atributos
Trato al paciente y empatía	Información proporcionada a los pacientes
	Disposición del personal para ayudar al paciente
	Atención que se da a los problemas de los pacientes
	Confianza que brinda el personal a los pacientes
	Amabilidad del personal
	El conocimiento del personal para responder a las preguntas de los pacientes
	El servicio que brinda el personal
Capacidad de respuesta	El trato que brinda el personal
	La atención individualizada que se brinda al paciente
	Número de empleados para atender a los pacientes
	Horario para atender las consultas
Efectividad y oportunidad	Tiempo de espera para consulta externa
	Tiempo de espera para consulta de especialidad
	Tiempo de espera para atención de urgencias
	Equipo de diagnóstico médico
	Estado físico de las instalaciones
Tiempo de espera	Surtimiento de medicamentos
	Conocimiento de los médicos para atender los problemas de salud
	Conocimiento de las enfermeras para atender los problemas de salud
Seguridad y limpieza	Tiempo de espera para exámenes de diagnóstico (laboratorio, rayos X)
	Tiempo de espera en farmacia
	Tiempo de espera en intervenciones quirúrgicas
Seguridad y limpieza	Tiempo de espera en resultados de estudios socioeconómicos
	Limpieza del área
	Seguridad dentro de las instalaciones
	Señalización dentro del área

Fuente: Tomado de la referencia 29

En el terreno específico de la calidad de la atención de enfermería, Lee & Yom²⁹ han desarrollado un cuestionario para medir la calidad del servicio de enfermería, desde la percepción de los pacientes, en base al

modelo SERVQUAL, el mismo que ha servido para la construcción del instrumento de recolección de datos utilizado en la presente investigación.

En lo que respecta a la *satisfacción del usuario*, lo primero que habría que precisar es que en la literatura especializada se encuentran otras denominaciones equivalentes como las de satisfacción del cliente y satisfacción del consumidor, tal y como podrá apreciarse líneas más adelante. Al respecto, Cabello³⁰ indica que, debido al vigente enfoque gerencial de los sistemas de salud en el mundo, es frecuente que se utilice el término cliente o usuario como sustituto de paciente, dejándose de lado la relación médico-paciente que constituye el pilar primordial de todo acto médico. En cualquier caso, el estudio de la satisfacción de los pacientes aporta información valiosa sobre la calidad de la atención percibida, hecho que permite incorporarlo como una medida de mejora de la calidad asistencial³¹. Además, tal y como advierten García, Cépeda y Martín³², la satisfacción es una predicción de las intenciones futuras de volver a adquirir un servicio o producto.

En este sentido, una rápida revisión de la literatura en marketing relacional permite establecer clasificaciones del cliente en función del grado de satisfacción y lealtad, tal como la planteada por Guadarrama y Rosales³³: (a) cliente prescriptor: aquél que está satisfecho y mantiene unas relaciones cordiales; (b) cliente oportunista: aquél que está satisfecho pero cree que puede encontrar algo mejor; (c) cliente cautivo: aquél que está descontento pero se encuentra atrapado por las condiciones establecidas y le resulta caro cambiar de proveedor, siendo vengativo y destructor; y, (d) cliente destructor: aquél que busca alternativas creyendo que cualquiera puede ser mejor, está descontento y genera publicidad negativa.

En todo caso, la literatura especializada ha determinado que no existe consenso entre los autores al tratar de definir el constructo. Sin embargo, Mora³⁴ considera que se pueden identificar 3 elementos generales en la satisfacción: se trata de una respuesta que puede ser emocional, cognitiva y/o conductual; la respuesta se enfoca en un aspecto determinado que puede ser las expectativas, el producto, la experiencia de consumo, etc.; y, la respuesta se da en un momento en particular que puede ser después del consumo, después de la elección, basada en la experiencia acumulada, etc. De ahí que, para este autor, un primer acercamiento al concepto sería entenderlo como una respuesta generada en el individuo bajo un contexto determinado en un momento, también, particular. En este contexto, autores como García, Cépeda y Martín³² advierten que la satisfacción del cliente ha sido idealizada como una reacción afectiva, que surge después de una prolongada serie de encuentros de servicio y en una única respuesta. Otros, como Marzo, Martínez-Tur, Ramos y Peiró³⁵ sostienen que la satisfacción se concibe tradicionalmente como una evaluación emocional que media entre el rendimiento y la conducta.

Por otro lado, es pertinente indicar que el nivel de satisfacción no es único para todos los clientes o usuarios. En este sentido, Monfort, Defante, Lima-Filho y Mantovani,³⁶ traen a colación el hecho de que un especialista en la materia como Oliver (1994) ha propuesto 4 niveles de satisfacción del consumidor: (a) Contentamiento: cuando el consumidor percibe los beneficios aportados por el bien/servicio y queda satisfecho; (b) Placer: cuando el consumidor satisface sus necesidades obteniendo placer al exceder el nivel de satisfacción; (c) Encantamiento: cuando se superan las expectativas traídas y el consumidor queda extremadamente

satisfecho; y, (d) Alivio: cuando el consumidor deja de estar satisfecho. Estos autores remarcan, además, la afirmación de que cuanto más favorable es la performance de un bien/servicio, mayor será la satisfacción de quien lo consume. Esta afirmación conduce a sostener la existencia de una relación directa entre la calidad del servicio y la satisfacción del consumidor.

En este mismo sentido se pronuncian diversos autores como, por ejemplo, García, Cépeda y Martín³², quienes manifiestan lo siguiente:

“A su vez cuando se estudia la satisfacción, es imposible no hacer mención a la calidad, pues son conceptos íntimamente relacionados donde su conexión sugiere una diferencia de constructos (Hurley y Estelami, 1998), existiendo una relación causal entre ellos dos. De este modo numerosos autores argumentan que la calidad del servicio es un antecedente de la satisfacción del servicio (Brady y Robertson, 2001; Murray y Howat, 2002; Taylor y Baker, 1994)” (p. 310).

Por su parte, Zapata-Gómez³⁷ advierte que algunos investigadores han confundido la relación que existe entre satisfacción del usuario y calidad de servicio, precisando la distinción entre los dos constructos del siguiente modo:

“Partiendo de que la calidad del servicio y la satisfacción son constructos diferentes, la aceptación más común de las diferencias entre ambos elementos es que la calidad del servicio percibida es una forma de actitud, mientras que la satisfacción es la medida de un proceso específico y el tratamiento de las expectativas (lo esperado); basadas en las experiencias del usuario con un tipo particular de servicio” (p. 169).

Finalmente, en cuanto al cuidado de enfermería en el proceso interactivo enfermera-paciente, Salazar y Martínez³⁸ sostienen que la noción de *cuidado* no presenta una única conceptualización. Que, en todo caso, la escuela de la interacción sustenta que el cuidado de enfermería es una relación humana y social que caracteriza su naturaleza como objeto. A esta escuela –según estas autoras- pertenece la famosa enfermera estadounidense Hildegard Peplau, quien planteó la teoría de las relaciones interpersonales (en la que se sustenta la presente investigación), según la cual tanto el paciente como la enfermera contribuyen y participan en promover la interacción que se descubre entre ellos. La relación que se produce se caracteriza por ser una comunicación de naturaleza lingüística y terapéutica.

El proceso interpersonal que se produce, bajo este enfoque, según las autoras en mención, comprende tres fases que se superponen: la de orientación, la de trabajo y la de terminación. En la primera fase, el profesional de enfermería se identifica y declara su propósito para el paciente, se inicia el conocimiento de este como persona y se obtiene información de él sobre su condición de salud; y le ayuda al paciente a reconocer y entender los problemas de salud para comprender qué tipo de servicio profesional requerirá. En la segunda fase, se presentan dos subfases: (a) identificación; en la que el paciente aprende a hacer uso de la relación enfermera-paciente; y, (b) explotación; en la que el paciente hace un uso total de los servicios profesionales disponibles. En la tercera fase,

en la que ocurre el cierre del cuidado, la enfermera ayuda al paciente a organizar sus actividades para que sea más productivo en su vida social.

Sobre la teoría de Peplau, autores como Félix de Almeida, De Olivera Lopes y Coelho Damasceno³⁹, desagregan el mismo proceso en cuatro fases: orientación, identificación, explotación y resolución. La lectura del contenido de cada fase evidencia su correspondencia, con distinta denominación, con la clasificación antes descrita. En la fase de orientación, la enfermera identifica las necesidades del paciente y, en colaboración con otros integrantes del equipo de salud, orienta al paciente respecto al problema y sus implicancias. En la fase de identificación, la enfermera puede llevar al paciente a identificarla como una figura familiar o culturalmente importante en sus recuerdos. En la fase de explotación, la actuación de la enfermera es continuar promoviendo la satisfacción del paciente en relación a sus demandas, a medida que surgen. En la fase de resolución, el paciente abandona los lazos adquiridos y se prepara para regresar a casa.

Por su parte, una autora como Galvis⁴⁰ informa que Peplau describe seis roles o papeles diferentes que se producen durante las distintas etapas de la relación entre el profesional de enfermería y el paciente. Estos papeles son: (a) *Papel de extraño*: puesto que el paciente y el profesional no se conocen, éste debe aceptar al primero tal y como es, sin prejuzgarlo; (b) *Papel como persona a quien recurrir*: el profesional está dispuesto a responder las preguntas específicas que le haga el paciente sobre información de salud como su tratamiento o plan médico a seguir; (c) *Papel docente*: combinación de todos los papeles y que se origina a partir del interés y deseo del paciente para emplear información; (d) *Papel conductor*: el profesional ayuda al paciente en la satisfacción de sus necesidades mediante una relación de cooperación y participación activa; (e) *Papel de sustituto*: el paciente otorga al profesional una condición de sustituto, en tanto que las actitudes y conductas del profesional le crean sentimientos que reactivan los ya generados en relación anterior; y, (f) *Papel de asesoramiento*: manifestado en la forma en que el profesional responde a las demandas del paciente.

El propósito de la presente investigación, cual es, la de determinar la relación existente entre la calidad del trabajo del profesional en enfermería y la satisfacción experimentada por el paciente (en este caso, de la madre usuaria del programa de crecimiento y desarrollo del niño), se inscribe en este proceso relacional enfermera (o) – paciente, el mismo que va más allá de la simple atención corporal de la enfermedad o estado de salud del niño.

METODOLOGÍA

El planteamiento metodológico del presente estudio ha tenido las siguientes características: (a) Enfoque cuantitativo: solo ha buscado medir las 2 variables en estudio; (b) Alcance descriptivo-correlacional: ha descrito la situación de las 2 variables estudiadas y su grado de correlación; y, (c) Diseño no experimental transeccional: las variables en cuestión no han sido manipuladas y la recolección de datos se ha efectuado en un solo momento del tiempo.

La población involucrada en el estudio, ha estado constituida por todas las madres de niños menores de 5

años que utilizan los servicios del Programa de crecimiento y desarrollo (CRED) del Centro de Salud ubicado en el sector Wichanza del Distrito La Esperanza, Provincia de Trujillo. Teniendo en cuenta que las personas a encuestar se encontraban en el lugar y momento adecuados para recoger los datos (cuando las madres de familia asisten al Programa), la muestra ha sido seleccionada, aplicando el muestreo no probabilístico *por conveniencia*⁴¹, en un total de 51 madres de niños (as) menores de 5 años de edad.

La técnica utilizada para medir ambas variables ha sido la encuesta. En cuanto al instrumento para recolectar los datos, se ha utilizado un cuestionario dividido en 2 secciones (una para cada variable en estudio). En tanto que la sección correspondiente a la variable calidad del cuidado de enfermería se ha construido en base a una adaptación de la metodología SERVQUAL, la sección correspondiente a la variable satisfacción de la madre ha considerado la inserción de una sola pregunta (de manera semejante a cómo procedieron Raj & Pratap⁴² en una investigación realizada en el sector bancario de Nepal, India).

Siguiendo las indicaciones dadas por Hernández, Fernández y Baptista⁴³, el cuestionario ha utilizado una escala Likert de 5 categorías, con un puntaje que van del 1 al 5, lo que ha permitido evaluar las diferentes situaciones respondidas en cada variable estudiada. La amplitud de los intervalos de clase ha sido calculada de la siguiente manera:

Valor máximo = 80 (16 preguntas x 5 puntos).

Valor mínimo = 16 (16 preguntas x 1 punto).

Amplitud = (Valor máximo – valor mínimo) / cantidad de intervalos.

$$= (80 - 16) / 5 = 0,8$$

Intervalo Significado

Variable 1: Calidad del servicio (cuidado de Enfermería)

4,2 - 5,0 Excelente servicio;

3,4 – 4,2 Buen servicio;

2,6 – 3,4 Regular servicio;

1,8 - 2,6 Deficiente servicio;

1,0 - 1,8 Muy deficiente servicio.

Variable 2: Satisfacción del usuario (madres de familia)

4,2 – 5,0 Totalmente satisfecho;

3,4 – 4,2 Satisfecho;

2,6 – 3,4 Ni satisfecho/ ni insatisfecho;

1,8 – 2,6 Insatisfecho;y,

1,0 – 1,8 Totalmente insatisfecho.

El cuestionario ha sido validado por 3 profesionales de enfermería que atienden en el programa CRED

del Centro de Salud Winchanzao, mediante el juicio de experto. La confiabilidad de la escala de calidad del cuidado de enfermería ha sido establecida a través del cálculo del *alfa de Cronbach* (mide la consistencia interna del instrumento), utilizando el programa informático Excel, que alcanzó el valor de 0.7361.

Los datos fueron procesados inicialmente con ayuda del programa informático Excel con el fin de determinar los estadísticos descriptivos de tendencia central (concretamente, la media). Luego, con ayuda del software SPSS se analizó la correlación entre las variables estudiadas, mediante la aplicación del coeficiente *Rho de Spearman*.

RESULTADOS

En la tabla 3 se muestra la distribución de frecuencias de la medición efectuada en relación a la percepción de las madres usuarias sobre la calidad del servicio del Programa de crecimiento y desarrollo del centro de salud Wichanzao- La Esperanza, por cada uno de los ítems (preguntas) investigados. Se aprecia que, en el promedio general, las respuestas de las madres usuarias respecto a su percepción de la calidad del servicio recibido oscilan mayoritariamente entre “excelente” (42.2%) y “bueno” (36.3%). De similar manera ocurre con las respuestas obtenidas por cada ítem, en las diferentes dimensiones que comprenden la variable analizada, salvo en los 3 últimos ítems que corresponden a la dimensión *tangibilidad* (14, 15 y 16), en la que el promedio de “excelente” se reduce (9.8%).

Tabla 3

Distribución de frecuencias de la calidad del servicio (cuidado de enfermería)

Dimensión/Pregunta	Escala	5		4		3		2		1		Total	
		Q	%	Q	%	Q	%	Q	%	Q	%	Q	%
Fiabilidad	1	25	49.0	22	43.1	4	7.8	0	0.0	0	0.0	51	100.00
	2	25	49.0	13	25.5	10	19.6	3	5.9	0	0.0	51	100.00
	3	29	56.9	21	41.2	1	2.0	0	0.0	0	0.0	51	100.00
	Promedio		51.6		36.6		9.8		2.0		0.0		100.00
Capacidad de respuesta	4	23	45.1	24	47.1	4	7.8	0	0.0	0	0.0	51	100.00
	5	20	39.2	19	37.3	11	21.6	1	2.0	0	0.0	51	100.00
	6	28	54.9	18	35.3	4	7.8	1	2.0	0	0.0	51	100.00
	Promedio		46.4		39.9		12.4		1.3		0.0		100.00
Seguridad	7	28	54.9	18	35.3	4	7.8	1	2.0	0	0.0	51	100.00
	8	33	64.7	13	25.5	5	9.8	0	0.0	0	0.0	51	100.00
	9	32	62.7	15	29.4	4	7.8	0	0.0	0	0.0	51	100.00
	Promedio		60.8		30.1		8.5		0.7		0.0		100.00
Empatía	10	28	54.9	20	39.2	3	5.9	0	0.0	0	0.0	51	100.00
	11	28	54.9	20	39.2	3	5.9	0	0.0	0	0.0	51	100.00
	12	25	49.0	21	41.2	5	9.8	0	0.0	0	0.0	51	100.00
	Promedio		52.9		39.9		7.2		0.0		0.0		100.00
Tangibilidad	13	13	25.5	23	45.1	8	15.7	7	13.7	0	0.0	51	100.00
	14	3	5.9	16	31.4	14	27.5	16	31.4	2	3.9	51	100.00
	15	3	5.9	32	62.7	14	27.5	1	2.0	1	2.0	51	100.00
	16	1	2.0	1	2.0	10	19.6	34	66.7	5	9.8	51	100.00
	Promedio		9.8		35.3		22.5		28.4		3.9		100.00
Promedio general			42.2		36.3		12.7		7.8		1.0		100.00

Nota: La escala utilizada significa que 5=excelente; 4=bueno; 3=regular; 2=deficiente; 1=muy deficiente

Fuente: Encuestas aplicadas

En este sentido, atendiendo a los resultados que muestran el promedio de cada dimensión de la variable analizada, se aprecia que la dimensión mejor calificada es la de *empatía* (excelente= 52.9% y bueno= 39.9%); en segundo lugar, la de *seguridad* (excelente= 60.8% y bueno= 30.1%); en tercer lugar, la de *fiabilidad* (excelente= 51.6% y bueno= 36.6%), y, finalmente, la de *capacidad de respuesta* (excelente= 46.4% y bueno= 39.9%).

Por otro lado, en la tabla 4 se presentan los puntajes promedio alcanzados por la variable calidad del servicio, según cada una de sus dimensiones, los que corroboran en cierto modo los resultados antes expuestos. De acuerdo a la escala utilizada, el promedio de la medición de la variable alcanza un valor de 4,2 puntos, lo que significa que la calidad del servicio percibida es la de “excelente servicio”. Asimismo, los resultados también demuestran que las dimensiones que alcanzan puntajes ligeramente mayores son las de *seguridad* y *empatía* (4,5), en tanto que la dimensión que alcanza menor puntaje es la de *tangibilidad* (3,2).

Tabla 4

Promedio calidad del servicio (cuidado de enfermería)

Dimensión	Promedio
Fiabilidad	4.4
Capacidad de respuesta	4.3
Seguridad	4.5
Empatía	4.5
Tangibilidad	3.2
Promedio	4.2

Fuente: Encuestas aplicadas

Por su parte, en la tabla 5 se muestra la distribución de frecuencias de la medición efectuada en relación a la satisfacción de las madres usuarias con el Programa de crecimiento y desarrollo del centro de salud Wichanza- La Esperanza, a través de un único ítem. Se aprecia que el nivel de satisfacción es mayoritariamente el de “satisfecho” (58.8%).

Tabla 5

Distribución de frecuencias satisfacción del usuario (madre del niño)

Escala	5		4		3		2		1		Total	
	Q	%	Q	%	Q	%	Q	%	Q	%	Q	%
Pregunta 1	3	5.9	30	58.8	18	35.3	0	0.0	0	0.0	51	100.0

Nota: La escala utilizada significa que 5= totalmente satisfecho; 4= satisfecho; 3=ni satisfecho, ni insatisfecho; 2=insatisfecho; 1=totalmente insatisfecho

Fuente: Encuestas aplicadas

Asimismo, en la tabla 6 se presentan los resultados de la medición efectuada para determinar el promedio del nivel de satisfacción que alcanza un valor de 3,7 puntos; el mismo que, de acuerdo a la escala utilizada, equivale a “satisfecho”.

Tabla 6

Promedio satisfacción del usuario (madre niño/a)

Dimensión	Promedio
Atención brindada	3.7
Promedio	3.7

Fuente: Encuestas aplicadas

Por otro lado, en la tabla 7 se muestran los resultados de la correlación efectuada entre las dos variables, según la percepción de una muestra de 51 madres usuarias de los servicios que presta el Programa de crecimiento y desarrollo del centro de salud Wichanza- La Esperanza. Se observa la existencia de una relación directa o positiva entre las dos variables analizadas (0,502), siendo esta relación altamente significativa (0,000).

Tabla 7
Correlación entre calidad del servicio (cuidado de enfermería) y satisfacción del usuario (madre niño/a)

			Calidad del servicio (cuidado de enfermería)	Satisfacción del usuario (madre niño/a)
Rho de Spearman	Calidad del servicio	Coefficiente de correlación	1.000	,502**
		Sig. (bilateral)		,000
		N	51	51
	Satisfacción del usuario con la atención brindada	Coefficiente de correlación	,502**	1.000
		Sig. (bilateral)	,000	
		N	51	51

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: SPSS

Finalmente, en la tabla 8 se muestran los resultados de la correlación entre las diferentes dimensiones de la calidad del servicio y la satisfacción del usuario. La más alta correlación es la que se produce entre la dimensión “seguridad” y satisfacción del usuario (0,523), siendo esta correlación altamente significativa (0,000). La más baja correlación es la que se produce entre la dimensión “fiabilidad” y satisfacción del usuario (0,235); sin embargo, esta correlación no es significativa (0,097).

Las correlaciones entre las demás dimensiones de la calidad del servicio y la satisfacción del usuario si son significativas: capacidad de respuesta y satisfacción del usuario (0,014), empatía y satisfacción del usuario (0,035) y tangibilidad y satisfacción del usuario (0,024).

Tabla 8
Correlación entre las dimensiones de calidad del servicio (cuidado de enfermería) y satisfacción del usuario (madre niño/a)

			Satisfacción del usuario (madre niño/a)
Fiabilidad	Coefficiente de correlación		,235
	Sig. (bilateral)		,097
	N		51

(continuación)

Rho de Spearman	Capacidad de respuesta	Coefficiente de correlación	,341*
		Sig. (bilateral)	,014
		N	51
	Seguridad	Coefficiente de correlación	,523**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	51
	Empatía	Coefficiente de correlación	,296*
		Sig. (bilateral)	,035
		N	51
	Tangibilidad	Coefficiente de correlación	,315*
		Sig. (bilateral)	,024
		N	51
	Calidad del servicio (cuidado de enfermería)	Coefficiente de correlación	,502**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	51

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

Fuente: SPSS

DISCUSIÓN

Tal como ya se ha mostrado en los resultados expuestos en el apartado anterior, la calidad del servicio brindado por el profesional de enfermería en el Centro de Salud Wichanza - La Esperanza es evaluado por el 42.2% de las madres usuarias del servicio como “excelente” y por el 36.3% como “bueno” (solo el 7.8% lo considera como “deficiente” y el 1.0% como “muy deficiente”; el restante 12.7% lo considera como “regular”). Estos resultados se ven corroborados cuando se aprecia el promedio de la medición efectuada atendiendo a la escala de Likert utilizada (que va de 1 a 5 puntos), el mismo que alcanza 4.2 puntos.

Por otra parte, los resultados expuestos también muestran que las respuestas sobre el grado de satisfacción de las madres usuarias del servicio de cuidado de enfermería (medido a través de un único ítem) recaen mayoritariamente en una valoración de “satisfecho” (58.8%). En este caso, los resultados también se ven corroborados cuando se aprecia el promedio de la medición efectuada atendiendo a la escala de Likert utilizada (de 1 a 5 puntos), el mismo que alcanza 3.7 puntos.

Finalmente, los resultados de la correlación efectuada entre las dos variables analizadas (mediante el coeficiente *Rho de Spearman*) muestran la existencia de una relación directa (0.502) y altamente significativa (0.000) entre las mismas. De similar manera, tal como ya se ha expuesto, los resultados muestran la existencia de relaciones directas y significativas entre las diferentes dimensiones de la variable calidad del cuidado de enfermería y la variable satisfacción de las madres usuarias del servicio.

Por lo expuesto, entonces, los resultados de la presente investigación aportan evidencia de apoyo a los postulados teóricos que sostienen la alta correlación entre la calidad del servicio y la satisfacción del usuario ¹². Así lo confirman autores como Mora, ³⁴, quien advierte que los avances en el estudio de la calidad del servicio han permitido verificar la relación entre las dimensiones de la calidad del servicio y la satisfacción del usuario/consumidor, así como la intencionalidad de compra y su posterior recomendación.

En este sentido, Torres, Manzur, Hidalgo y Barra ⁴⁴ han señalado también que si bien en un inicio la literatura especializada no aportaba claridad en cuanto a las diferencias entre la calidad del servicio y la satisfacción del usuario, con el transcurrir del tiempo se han venido aportando estudios que han demostrado que la calidad del servicio es un factor que determina la satisfacción del usuario. Bajo este enfoque, los autores indican que los factores o dimensiones de la calidad que producen satisfacción, insatisfacción o ambas, han sido clasificados como *factores aumentadores* (satisfactores), *factores higiénicos* y *factores duales* (siguiendo la clasificación que hace Frederick Herzberg en su estudio de la motivación laboral). En tanto que los factores aumentadores serían aquellos que conducen a la satisfacción, aunque un fracaso en su manejo pudiera no generar necesariamente insatisfacción de los mismos; los factores higiénicos serían aquellos que al estar ausentes generan insatisfacción, pero al estar presente y ser bien manejados no provocan satisfacción alguna. De esta forma, la buena gestión de los factores higiénicos genera una base sobre la que se construye la satisfacción, cimentada con la presencia de los factores aumentadores, los que son finalmente los que determinan el nivel de satisfacción del usuario.

En el caso de la presente investigación, los resultados de la correlación efectuada entre las diferentes dimensiones de la calidad en el servicio y la satisfacción del usuario muestran que la dimensión *seguridad* sería el principal factor aumentador de la satisfacción (con una correlación altamente significativa de 0,523), seguida de la dimensión *capacidad de respuesta* (con una correlación significativa de 0,341), de la dimensión *tangibilidad* (con una correlación significativa de 0,315) y de la dimensión *empatía* (con una correlación significativas de 0,296). La dimensión *fiabilidad* no mostró ser un factor importante para la satisfacción (con una correlación no significativa de 0,235).

Por otra parte, los resultados de la investigación efectuada se asemejan en cierto modo a los alcanzados en la investigación de Santana de Freitas, Bauer de Camargo, Minamisava, Queiroz y Gomes de Sousa ⁸, en cuanto a la existencia de una correlación directa o positiva; aunque se diferencian en cuanto a la intensidad de la correlación (débil a moderada en este caso). De igual modo a los alcanzados en la investigación efectuada por Guevara ¹⁰, en cuanto a la calidad del servicio ofrecido por el profesional de enfermería, ya que el 42.2% de las madres usuarias considera que el servicio es “excelente” y el 36.3% que es “bueno” (solo el 8.8% considera que es “deficiente” y “muy deficiente”).

CONCLUSIONES

De conformidad con los objetivos planteados para la presente investigación, se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- a) Existe una relación altamente significativa entre la calidad del cuidado de enfermería y la satisfacción de las madres del Programa de crecimiento y desarrollo del niño del Centro de Salud Wichanzaos – La Esperanza, en el año 2018.
- b) La calidad del cuidado de enfermería del Programa de crecimiento y desarrollo del niño del Centro de Salud Wichanzaos – La Esperanza, en el año 2018, es calificada como “buena”.
- c) El nivel de satisfacción de las madres de niños/as del Programa de crecimiento y desarrollo del niño del Centro de Salud Wichanzaos – La Esperanza, en el año 2018, es calificado como “satisfactorio”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Valdivia, M. y Díaz, J. La salud materno-infantil en el Perú: mirando dentro y fuera del sector salud. s/f. Recuperado de:
<http://www.grade.org.pe/upload/publicaciones/archivo/download/pubs/InvPolitDesarr-13.pdf>
2. UNICEF. Estado mundial de la infancia 2016. Perú: acabar con las inequidades para brindarle oportunidades justas a toda la niñez, junio, 2016. Recuperado de:
https://www.unicef.org/peru/spanish/EMI_2016._Peru_-_Acabar_con_las_inequidades_para_brindarles_oportunidades_Justas_a_toda_la_ninez.pdf
3. INEI. Encuesta demográfica y de salud familiar 2016. Nacional y Regional. Recuperado de:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/index.html
4. Instituto Nacional de Salud. Control de crecimiento y desarrollo de los niños menores de 12 años. Lima: Ministerio de Salud; 2016. Recuperado de:
http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/jer/CNSP/unagesp/docu_tecnicos/2016/Control%20de%20Crecimiento%20y%20Desarrollo%20de%20los%20ninos%20menores%20de%2012%20años.pdf
5. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 537-2017/MINSA, aprueba NTS N° 137-MINSA/2017/DGIESP: “Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menores de Cinco Años”. Recuperado de:
ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Transparencia/01InformacionInst/archivolegaldigital/Directiva2017/RM_N_537-2017-MINSA.pdf
6. González-Achuy, E., Huamán-Espino, L., Aparco, J., Pillaca, J. y Gutiérrez, C. Factores asociados al

- cumplimiento del control de crecimiento y desarrollo del niño menor de un año en establecimientos de salud de Amazonas, Loreto y Pasco. *Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública*, 2016; 33 (2): 224-32.
7. Flores-Peña, J., Ortiz-Félix, R. y Cárdenas-Villarreal, V. Percepciones maternas del cuidado del niño sano. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2012, 20 (2): 1-7.
 8. Santana de Freitas, J., Bauer de Camargo, A., Minamisava, R., Queiroz, A. y Gomes de Sousa, M. Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2014, 22 (3): 454-60.
 9. Guinea, M. Percepción de los padres de niños (as) menores de 5 años sobre la atención humanizada de la enfermera en el servicio de CRED en el Centro de Salud Mirones-2016. Tesis para optar el título de Especialista en Enfermería Pediátrica. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. 2016. Recuperado de:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/5371/1/Guinea_lm.pdf
 10. Guevara, S. Percepción de las madres acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el consultorio de cred de la red de EsSalud San José-2012. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. 2013. Recuperado de:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1040/1/Guevara_ss.pdf
 11. Villodre, R., Calero, R. y Gallarza, M. La satisfacción del cliente como indicador de calidad en neurorehabilitación. *Cuaderno de Est. Empresariales*, 2014, 24: 131-147.
 12. González, A. y Brea, F. Relación entre la calidad del servicio y la satisfacción del consumidor. Su evaluación en el ámbito del turismo termal. *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa*, 2006, 12 (1): 251-272.
 13. Zarza, M. La calidad del cuidado y la satisfacción de la persona. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 2007, 4 (2): 34-38.
 14. Lovelock, C. *Mercadotecnia de servicios*. México, D.F.: Pearson Educación, 1997.
 15. Duque, E. Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición. *INNOVAR. Revista de ciencias administrativas y sociales*, 2005, 15 (25): 64-80.
 16. Moreno, A. La calidad de la acción de enfermería. *Enfermería Global*, 2005, 6: 1-9.
 17. Pozos, M. y Jasso, M. Nivel de satisfacción percibida por enfermería con el servicio otorgado por la

- central de equipos y esterilización. *Revista CONAMED*, 2016, 21 (3): 133-139.
18. Ramírez C., Perdomo, A. y Galán, E. Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en la Unidad de cuidados intensivos. *Avances en Enfermería*, 2013, XXXI (1): 42-51.
19. Barragán, J., Pedraza, Y. y Rincón, M. Calidad percibida de la atención de enfermería por usuarios hospitalizados, Tunja, 2011. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 2013, 31 (2): 187-193.
20. Borré, Y. y Vega, Y. Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados. *Ciencia y Enfermería*, 2014, XX (3): 81-94.
21. Lenis-Victoria, C. y Manrique-Abril, F. Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados. *Aquichan*, 2015, 15 (3): 413-425.
22. Barragán, J. y Moreno, C. Calidad percibida por usuarios de enfermería en tres hospitales públicos. *Enfermería Global*, 2013, 29: 217-230.
23. Torres, M. y Vásquez, C. Modelos de evaluación de la calidad del servicio: caracterización y análisis. *Compendium*, 2015, 35: 57-76.
24. Borré, Y., Lenis, C. y González, G. Utilidad del cuestionario SERVQHOS-E para medir calidad percibida de la atención de enfermería. *CES Salud Pública*, 2014, 5: 127-136.
25. De la Hoz, A. Propuesta de aplicación de la escala SERVQUAL en el sector salud de Medellín. *CES Salud Pública*, 2014, 5: 107-116.
26. Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” (HUV). Calidad de la atención en salud. Percepción de los usuarios. Santiago de Cali, Colombia, 2010. Recuperado de:
<http://www.fundacionfundesalud.org/pdf/files/calidad-de-la-atencion-en-salud.pdf>
27. Mira, J., Aranaz, J., Rodríguez-Marin, J., Buil, J., Castell, M. y Vitaller, J. SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la atención hospitalaria. *Medicina Preventiva*, 1988, IV: 12-18.
28. Pedraza-Melo, N., Lavin-Verástegui, J., González-Tapia, A. y Bernal-González, I. Factores determinantes en la calidad del servicio sanitario en México: Caso ABC. *Entramado*, 2014, 20: 76-89.
29. Lee, M. & Yom, Y.H. A comparative study of patients' and nurses' perceptions of the quality of nursing services, satisfaction and intent to revisit the hospital: A questionnaire survey. *International*

- Journal of Nursing Studies, 2007, 44: 545-555.
30. Cabello, E. Calidad de la atención médica: ¿Paciente o cliente? Rev. Med. Hered., 2001, 12 (3): 96-99.
 31. Arrébola-Pajares, A., Tejido-Sánchez, A., Jiménez-Alcaide, E., Medina-Polo, J. Pérez-Cadavid, S., Guerrero-Ramos, F., et. al. Estudio de satisfacción en pacientes hospitalizados en un servicio de Urología. Archivos Españoles de Urología, 2014, 67 (7): 621-627.
 32. García, J., Cépeda, G. y Martín, D. La satisfacción de clientes y su relación con la percepción de calidad en Centro de Fitness: utilización de la escala CALIDFIT. Revista de Psicología del Deporte, 2012, 21 (2): 309-319.
 33. Guadarrama, E. y Rosales, E. Marketing relacional: valor, satisfacción, lealtad y retención del cliente, análisis y reflexión teórica. Ciencia y Sociedad, 2015, 40 (2): 307-340.
 34. Mora, C. La calidad del servicio y la satisfacción del consumidor. Revista Brasileira de Marketing, 2011, 10 (2): 146-162.
 35. Marzo, J., Martínez-Tur, V., Ramos, J. y Peiró, J. La satisfacción del usuario desde el modelo de la confirmación de expectativas: respuesta a algunos interrogantes. Psicothema, 2002, 14 (4): 765-770.
 36. Monfort, M., Defante, L., Lima-Filho, D. y Mantovani, D. Satisfacción del consumidor de servicios hoteleros. Implicaciones estratégicas. Estudios y Perspectivas en Turismo, 2013, 22: 276-293.
 37. Zapata-Gómez, A. Aplicación de ecuaciones estructurales y servqual en un servicio de salud. DYNA, 2014, 81 (186): 166-174.
 38. Salazar, A. y Martínez, C. Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. Nuevo Enfermería, 2008, 26 (2): 107-115.
 39. Félix de Almeida, V., De Olivera Lopes, M. y Coelho Damasceno, M. Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. Rev. Esc. Enferm. USP, 2005, 39 (2): 202-210.
 40. Galvis, M. Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. Revista Cuidarte, 2015, 6 (2), 1108-1120.
 41. Malhotra, N. Investigación de mercados. México, D.F.: Pearson Educación, 2008.

42. Raj, K. & Pratap, B. Service quality perceptions and customer satisfaction in nepalese banking sector. *Indian Journal of Commerce & Management Studies*, 2016, VII (1): 17-23.
43. Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. Metodología de la investigación. México, D.F.: Mac Graw Hill Education, 2014.
44. Torres, E., Manzur, E., Hidalgo, P. y Barra, C. Relación entre las dimensiones de la calidad del servicio y la satisfacción: un análisis de los componentes higiénicos y satisfactorios. *Estudios de Administración*, 2008, 15 (1): 65-92.